

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تقدیم به

پدر و مادر مهربانم که عشق و همراهیشان در تمام دوران زندگیم  
بدون قید و شرط بوده است

سپاس ویژه از

استادان گرامی جناب آقای دکتر کاظمی فر و سرکار خانم دکتر یزدی  
که در تمام مراحل این تحقیق عالمانه و با گشاده‌رویی راهنمای من بودند

و با تشکر از

تنها برادرم و

همسر عزیزم که در تمام مراحل انجام کار، پشتیبان من بودند

## فهرست مطالب

چکیده	۷
فصل اول : مقدمه	۸
مقدمه	۹
بیان مساله	۱۰
فصل دوم : بررسی متون	۱۷
فصل سوم : مواد و روش ها	۲۳
هدف کلی طرح	۲۵
اهداف جزئی طرح	۲۵
هدف کاربردی طرح	۲۶
سوالات پژوهشی طرح- فرضیات	۲۷
مشکلات و محدودیت ها	۲۸
ملاحظات اخلاقی	۲۸
فصل چهارم : یافته ها	۲۹
شاخص های توصیفی	۳۰
شاخص های تحلیلی	۴۲
فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری	۴۷
بحث	۴۸
نتیجه گیری	۵۱
پیشنهادهات	۵۳

منابع ..... ۵۴

پیوست ..... ۵۸

چکیده انگلیسی ..... ۵۹

## فهرست جداول

- جدول ۱: توزیع فراوانی جنسیت بیماران با شرح حال مسمومیت طی سال ۱۳۹۰ ..... ۳۰
- جدول ۲: توزیع فراوانی مسمومیت عمدی و غیرعمدی ..... ۳۱
- جدول ۳: میانگین سنی بیماران بستری شده ..... ۳۲
- جدول ۴: توزیع فصلی بیماران بستری شده ..... ۳۲
- جدول ۵: توزیع جغرافیایی بیماران بستری شده ..... ۳۳
- جدول ۶: توزیع فراوانی بیماران از نظر وضعیت تاهل ..... ۳۴
- جدول ۷: توزیع فراوانی سابقه مصرف مواد مخدر یا محرک ..... ۳۵
- جدول ۸: توزیع فراوانی بیماران از نظر سابقه ابتلا به بیماری روانپزشکی ..... ۳۶
- جدول ۹: میزان فراوانی وجود بیماری جسمی (ارگانیک) در بیماران ..... ۳۷
- جدول ۱۰: توزیع فراوانی بیماران از نظر نوع داروی مصرفی ..... ۳۸
- جدول ۱۱: توزیع فراوانی بیماران از نظر علامت هنگام ورود به اورژانس ..... ۳۹
- جدول ۱۲: میانگین مدت زمان مصرف دارو تا پذیرش در بیمارستان ..... ۴۰
- جدول ۱۳: مدت بستری بیماران در بیمارستان ..... ۴۰
- جدول ۱۴: وضعیت ترخیص بیماران بستری در بیمارستان ..... ۴۱
- جدول ۱۵: رابطه بین سن بیماران و نوع داروی مصرفی ..... ۴۲
- جدول ۱۶: رابطه بین جنسیت بیماران و نوع داروی مصرفی ..... ۴۳
- جدول ۱۷: رابطه بین وضعیت تاهل بیماران و نوع داروی مصرفی ..... ۴۴
- جدول ۱۸: رابطه بین سابقه ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی و نوع داروی مصرفی ..... ۴۵
- جدول ۱۹: رابطه بین سابقه مصرف مواد مخدر یا محرک و نوع داروی مصرفی ..... ۴۶

## چکیده

**زمینه و هدف:** مسمومیت به عنوان مساله‌ای حائز اهمیت در بهداشت عمومی مطرح است و یکی از دلایل عمده بستری و مرگ و میر در سطح جهان است. مسمومیت عمدی (غالباً خودکشی) مشکلی بحرانی در سلامت عمومی به شمار می‌رود. با توجه به شیوع زیاد مسمومیت‌ها، بر آن شدیم مطالعه‌ای اپیدمیولوژیک روی پرونده بیماران بستری شده در بیمارستان بوعلی شهر قزوین در سال ۱۳۹۰ انجام دهیم.

**روش بررسی:** در این مطالعه، پرونده ۷۶۶ بیمار بستری شده به علت مسمومیت مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات مورد نیاز بیماران شامل: سن، جنس، نوع و علت مسمومیت، فصل، وضعیت ترخیص و موقعیت جغرافیایی با استفاده از چک لیست جمع‌آوری شد. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل و به صورت جداول توصیفی-تحلیلی ارائه شد.

**یافته‌ها:** از بین ۷۶۶ بیمار، میزان مسمومیت در بیماران مذکر و مونث مشابه بود (۴۷/۷ درصد در مقابل ۵۲/۳ درصد). اکثر موارد (۹۵/۲ درصد) مسمومیت عمدی (اقدام به خودکشی) و میانگین سنی بستری شدگان ۲۹/۸ سال بود. ۷۷/۳ درصد مسمومیت‌ها در نیمه ابتدایی سال اتفاق افتاده بود. از نظر توزیع جغرافیایی، ۷۶/۹ درصد بیماران شهرنشین بودند. از نظر تاهل تفاوت چندانی مشاهده نشد. شایع‌ترین علت‌های مسمومیت، بنزودیازپین‌ها (۲۳/۸ درصد) و اپیوئیدها (۱۹/۵ درصد) بودند و ۱ درصد موارد مسمومیت منجر به فوت شده بود. بین سن، جنسیت، وضعیت تاهل و نوع ماده منجر به مسمومیت ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** ما امیدواریم اطلاعات جمع‌آوری شده در این مطالعه نه تنها در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی استفاده شود، بلکه به مسئولان بخش سلامت جامعه در تصمیم‌گیری برای ایجاد برنامه‌های درمانی و نظارت پزشکی کمک کند. لازم است بیمارانی که با شرح حال مسمومیت بستری می‌شوند، از نظر روان‌شناختی و روان‌پزشکی مورد بررسی دقیقی قرار گیرند. ارتقای بهداشت روانی و عمومی جامعه ضروری است.

**واژگان کلیدی:** مسمومیت، خودکشی، اپیدمیولوژی

## فصل اول : مقدمه

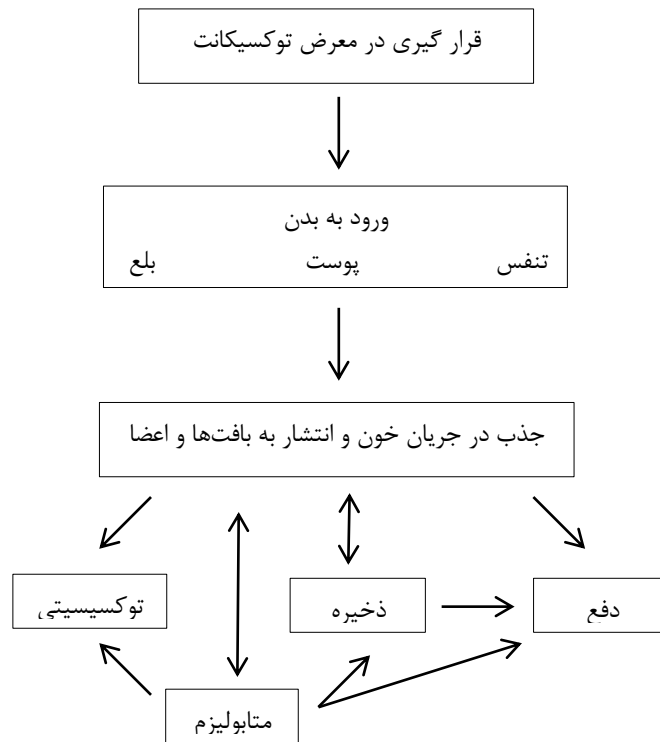


سم هر ماده ای است که هر گاه به طور عمدی یا غیرعمدی استفاده شود، تاثیر مضرى بر موجود زنده می‌گذارد. سم مفهومی کمیّتی است، تقریباً هر ماده‌ای که در برخی دوزها مضر است و در همان زمان در دوزهای کمتر ضرری ندارد. در بین این دو حد، حوزه‌ای از تاثیرات محتمل وجود دارد، از توکسیسیتی مزمن بلند مدت مخفی تا مرگ آوری آنی (۱). مسمومیت می‌تواند عمدی یا غیرعمدی باشد. اگر فردی بدون قصد آسیب در معرض ماده‌ای سمی قرار بگیرد، مسمومیت غیرعمدی است. مسمومیت غیرعمدی، استفاده از داروها یا مواد شیمیایی شادی‌آور در مقادیر زیاد یا همان اوردوز ناخواسته است. اگر فردی از ماده‌ای به قصد آسیب رساندن استفاده کند، مسمومیت عمدی است. مسمومیت‌های عمدی غالباً خودکشی محسوب می‌شوند اما ممکن است شامل حمله به غیر نیز شوند (۲). سم شناسی شاخه‌ای از علم پزشکی است که با عملکرد و اثرات بیوشیمیایی داروها و سموم و تظاهرات بالینی ایجاد شده توسط آن سر و کار دارد. مسمومیت در طول تاریخ تاثیر بسیار بزرگی بر وقایع بشری داشته است؛ همچنین مسمومیت به عنوان یک مساله مهم در بهداشت عمومی مطرح بوده است به نحوی که ۲۰-۱۵ درصد مراجعین به اورژانس‌ها را بیماران مسموم تشکیل می‌دهند (۳). دسترسی به داروها و مواد شیمیایی در ایران کار چندان دشواری نیست. پس دور از انتظار نیز نخواهد بود اگر مسمومیت با آن فراوان باشد. با این وجود در مجموع معمولاً بیماران این گروه خوش عاقبت هستند. مطالعات نشان می‌دهد که شایع‌ترین راه اقدام به خودکشی در کشور ما داروها و سموم هستند (۴). خودکشی و سوءمصرف مواد واقعیت‌های غیرقابل انکار جامعه امروزی هستند و دولت‌ها یکی از موفقیت‌های زمامداران خود را کنترل بهداشت روانی اجتماع خود می‌دانند که نماد آن میزان خودکشی و سوءمصرف مواد در جامعه است. شیوع اختلالات روانی در سراسر دنیا ۲۰ درصد است (که میزان آن در زنان ۲ برابر مردان است) و این رقم در کشور ما به ۲۱ درصد کل جمعیت می‌رسد. این افراد همان کسانی هستند که با سوءمصرف مواد و یا اقدام به خودکشی به بخش‌های مسمومین و یا اورژانس‌ها مراجعه می‌نمایند و بعد از ترخیص نیاز به حمایت روانی جدی دارند اما سیستم دولتی در این مورد موفق نبوده و کمبود ۲۰ هزار تخت روانی در کشور نشان کم‌توجهی به این معضل روزافزون جهانی است (۴). از آنجا که تاکنون بررسی‌های اندکی در مورد اطلاعات مربوط به مسمومیت در سطح استان قزوین انجام شده و با توجه به این که بیمارستان بوعلی شهر قزوین عمده‌ترین بیمارستان مجهز استان قزوین می‌باشد و اکثر موارد مسمومیت این استان به این مرکز ارجاع می‌شوند، بر آن شدیم مطالعه‌ای اپیدمیولوژیک روی بیماران مراجعه کننده با شرح حال مسمومیت طی سال ۱۳۹۰ انجام دهیم.

## بیان مسالہ

## بیان مساله

توکسیکولوژی، شاخه‌ای از دانش پزشکی است که با سموم سر و کار دارد. در عرف، توکسیکولوژی مطالعه تأثیرات مضر که پدیده‌های فیزیکی زیان‌آور از قبیل تشعشعات و آلودگی صوتی بر جا می‌گذارند را نیز در بر می‌گیرد. هر چند که در عمل پیچیدگی‌های زیادی در پشت این تعاریف ساده، هم در فراهم کردن مفهوم دقیق‌تری از آنچه یک سم را تشکیل می‌دهد و هم در اندازه‌گیری تأثیرات توکسیک، وجود دارند. مطالعه توکسیکولوژی از راه‌های گوناگون به جامعه کمک می‌کند؛ نه فقط به حفاظت از انسان‌ها و محیط زیست در مقابل تأثیرات مضر توکسیکانت‌ها بلکه به ایجاد تسهیلات در گسترش انتخاب بهترین توکسیکانت‌ها از قبیل ضدسرطان‌ها، مواد مخدر بالینی و آفت‌کش‌ها. تعریف سم یا توکسیکانت، جنبه‌ای بیولوژیکال کیفی را نیز در بر می‌گیرد، زیرا ممکن است یک ترکیب برای گونه‌ای ژنتیک یا گروهی از موجودات زنده، سمی و برای بقیه نسبتاً بی‌ضرر باشد. برای مثال، تتراکلریدکربن که ماده‌ای مسموم برای بسیاری از گونه‌ها است، تقریباً برای جوجه مرغ بی‌ضرر است. گونه‌ای خاص از خرگوش‌ها می‌توانند بلادونا (گیاهی سمی) را بدون ایجاد مشکل بخورند در حالی که بقیه حیوانات نمی‌توانند. ممکن است مواد در بعضی شرایط سمی و در بعضی شرایط غیرسمی باشند یا ممکن است در ترکیب با ماده دیگری سمی شوند ولی به تنهایی سمی نباشند. بعضی حشره‌کش‌ها مثل پیرونیل بوتوکساید هنگامی که به تنهایی استفاده شود اثرات توکسیسیتی خیلی کمی روی حشرات و پستانداران دارد، اما در صورت ترکیب با مواد دیگر قادر است توکسیسیتی دراماتیکی ایجاد کند. اندازه‌گیری سمیت نیز پیچیده است. ممکن است توکسیسیتی حاد یا مزمن باشد و از عضوی به عضو دیگر با لحاظ کردن سن، ژنتیک، جنسیت، رژیم غذایی، وضعیت فیزیولوژیکی یا سلامت موجود زنده متغیر باشد. در معرض سموم قرار گرفتن انسان‌ها و دیگر موجودات زنده ممکن است نتیجه خیلی فعالیت‌ها باشد: مسمومیت عمدی (خودکشی یا جنایت)، در معرض قرارگیری شغلی، در معرض قرارگیری محیطی و مسمومیت تصادفی. توکسیسیتی یک ماده بنا بر روش ورود به بدن متفاوت است؛ از طریق دستگاه گوارشی، ریه‌ها یا پوست. روش‌های عملی مصرف از قبیل تزریق نیز می‌توانند نتایج خیلی متفاوتی بدهند؛ بنابراین، ممکن است توکسیسیتی درون وریدی، اینتراپری‌تونیل، اینتراماسکولار و تزریق زیرجلدی یک ماده مشخص کاملاً متفاوت باشد. ممکن است میزان توکسیسیتی به میزان ده برابر بنا به روش انجام متغیر باشد. پس از در معرض قرار گرفتن، چندین روش ممکن برای جذب وجود دارد که می‌توانند از سم رفع اثر کنند یا آن را فعال نمایند و چندین عاقبت مانند مسمومیت، ذخیره شدن یا دفع برای آن متصور است (شکل ۱).



شکل ۱ : عاقبت و اثر توکسیکانتها در بدن

در کوشش برای تعریف قلمرو مبحث توکسیکولوژی، باید توجه داشت که چندین مکانیزم با هم سازگار و اغلب وابسته وجود دارند. به خاطر هم‌پوشانی مکانیزم‌ها و رتبه‌بندی و طرز مصرف توکسیکانت‌ها، طبقه‌بندی شفاف به حوزه‌هایی برابر از لحاظ اهمیت امکان‌پذیر نیست (۱).

خودمسمومی، مصرف خودسرانه عمدی حاد نوعی دارو یا سم با هدف ایجاد یا ریسک ایجاد مرگ یا آسیب به خود یا وجود آوردن احساسی از این نوع است. خودمسمومی یکی از متداول‌ترین اورژانس‌های حاد پزشکی در بریتانیا است. ۳ گروه عمده خودمسمومی شامل خودکشی، خودمسمومی تصادفی و آسیب به خود عمدی مطرح است. تعاریف: یک اپیزود خودمسمومی، قرارگیری فردی توسط خودش (از طریق بلع، تنفس یا تزریق) در معرض ماده‌ای با پتانسیل فراوان برای ایجاد آسیب تعریف می‌شود. اپیزودهای خودمسمومی می‌توانند تصادفی یا عمدی، مرگ‌آور یا غیرمرگ‌آور باشند. خودمسمومی تصادفی هنگامی اتفاق می‌افتد که فردی اثر بیشتر از حد برنامه‌ریزی شده ماده‌ای را تجربه کند. این ممکن است در اثر تغییر در قدرت تحمل فرد در برابر ماده باشد (برای مثال، فردی که از هروئین استفاده می‌کرده و بعد از مدت نسبتاً طولانی اقامت در زندان، رو به استفاده مجدد از هروئین می‌آورد) یا در اثر مصرف بیش از حد پیش‌بینی شده ماده‌ای پدید می‌آید (برای مثال، فردی مسن که در مورد تغییر در قدرت قرص مورد مصرف همیشگی‌اش دچار اشتباه می‌شود). در سمت دیگر، خودمسمومی تصادفی ممکن است هنگامی اتفاق بیفتد که فرد هیچ دانشی در مورد خطر چیزی که خود را در معرض آن قرار می‌دهد نداشته باشد؛ مانند غالب خودمسمومی‌ها در کودکان. خودمسمومی عمدی، هنگامی که مرگ‌آور نیست، و به ویژه هنگامی که با

آسیب به خود در یک گروه قرار می‌گیرد، تحت عنوان آسیب به خود عمدی، تلاش به خودکشی یا پاراسوئیساید نیز یاد می‌شود. در مطالعه‌ای جدید، تعریف سازمان بهداشت جهانی از پاراسوئیساید این گونه است: «عملی با نتیجه غیرمرگ‌آور، که در آن فردی به عمد دست به رفتاری غیرعادی می‌زند؛ که در صورت عدم دخالت دیگران، منجر به آسیب می‌شود». اگر مرگ پیامد یک اپیزود خودمسمومی عمدی یا آسیب به خود عمدی باشد، آن گاه تشخیص «خودکشی» است. بر پایه تعاریف ذکر شده، در فقدان قصد واضح برای آسیب به خود، اوردوزهایی که در پی استفاده از داروهای محرک یا مخدر تفریحی مانند ماری‌جوانا یا الکل هستند را باید به عنوان خودمسمومی تصادفی طبقه‌بندی کرد. بعضی بیمارستان‌ها تفاوتی بین اوردوزهای ناشی از استفاده از داروهای مفرح و آسیب عمدی به خود قائل نمی‌شوند. هر چند پذیرفتنی است که از لحاظ علم سم‌شناسی، تفاوتی بین عاملی که تصادفاً یا عمداً مصرف می‌شود نباشد. ما در این مورد بحث می‌کنیم که محرک‌های زمینه‌ای این دو عمل ملزم می‌کند که به ۲ گروه مستقل تفکیک شوند. زیرا آنها این پتانسیل را دارند که نه فقط روی انواع، مقادیر و ترکیب عامل‌های مصرف شده، بلکه روی ریسک‌های آسیب به خود، ترخیص با رضایت شخصی از بیمارستان و پذیرش مجدد به خاطر مسمومیت در بیمارستان تاثیرگذار باشند (۲۳).

حداقل نیمی از بیمارانی که اقدام به خودکشی می‌کنند از داروهای نسخه‌ای بیش از حد مجاز استفاده می‌نمایند. بیشترین آنها، داروهای روان‌درمانی هستند که در ۸۰ درصد موارد منجر به مرگ در خودمسمومی عمدی و در ۶۸ درصد تلاش به خودکشی (پاراسوئیساید) استفاده می‌شوند. در طی دهه‌های اخیر، تفاوت قابل ملاحظه‌ای در انواع داروهای مورد استفاده در خودمسمومی اتفاق افتاده است: باربیتورات‌ها عامل اصلی در دهه ۶۰ میلادی بودند اما در دهه ۸۰ بنزودیازپین‌ها غالب شدند. اطلاعاتی که مک‌لون و کرومبی (۲۴) ارائه می‌دهند نشان می‌دهد افزایشی در تعداد موارد مسمومیت با پاراستامول برای اهداف پاراسوئیساید از آغاز دهه ۸۰ اتفاق افتاده است؛ که در پی آن آنالژژیک‌ها، آنتی‌روماتیک‌ها، ضدافسردگی‌ها و آنتی‌سایکوتیک‌ها هستند. این اطلاعات توسط بیالاس (۲۵) تایید شده است. وی دریافته است که پاراستامول در ۴۳/۳ درصد موارد پاراسوئیساید در سال‌های ۹۲ و ۹۳ میلادی استفاده شده است که بیشتر از ۳۱/۳ درصد در سال‌های ۸۷ و ۸۸ میلادی است. حضور ضدافسردگی‌ها از ۱۱/۳ درصد در سال‌های ۸۷ و ۸۸ میلادی به ۱۷/۶ درصد در سال‌های ۹۲ و ۹۳ میلادی افزایش پیدا کرد. در جایی که تمایلی به سوی افزایش در استفاده از بنزودیازپین‌ها در پاراسوئیساید به ویژه در میان زنان وجود داشته است. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط آلسن و دیگران (۲۶) نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری در توزیع داروهای استفاده شده در پاراسوئیساید و سوئیساید وجود ندارد. اما با مراجعه به مایکل و دیگران (۲۷) درمی‌یابیم فقط باربیتورات‌ها خیلی درگیر خودمسمومی‌های مرگ‌آور هستند. در جایی که تفاوت معنی‌داری در موارد

ضدافسردگی‌های TCA وجود ندارد که در ۱۳ درصد مرگ‌های ناشی از خودمسمومی و ۱۰ درصد موارد پاراسوئیساید وجود دارند. وقوع تخمینی سالانه پاراسوئیساید در اروپا بین ۳۰۰ تا ۸۰۰ در صدهزار با سنی بیش از ۱۵ سال است، که تفاوت‌های بین کشوری زیاد است. میهان و دیگران (۲۸) می‌گویند بیش از ۷۵ درصد اقدام به خودکشی غیرمنجر به مرگ در آمارهای رسمی درج نمی‌شوند. فقدان وجود آمار، دانش کنونی را در مورد رخداد واقعی پاراسوئیساید در ایتالیا محدود کرده است. این آمار منحصر به موارد منجر به مرگ محدود است (۱۴).

در سال ۲۰۰۰ تعداد ۴۷۴۰ مورد خودکشی در انگلستان ثبت شد که آن را به سومین عامل مهم مرگ در سال بعد از حمله ایسکمیک قلبی و سرطان تبدیل کرد. ۱۱۸۰ از ۴۷۴۰ مورد خودکشی (۲۴/۹ درصد) آسیب به خود عمدی بودند. خودمسمومی‌ها شامل ۸۵ تا ۹۴ درصد موارد آسیب عمدی به خود بودند و نسبت بیشتری در موارد منجر به مرگ داشتند. بنابراین یک عامل اصلی در مرگ‌های ناشی از خودکشی بودند. تخمین زده می‌شود در انگلستان هر ساله ۱۷۰۰۰ نفر به دلیل خودمسمومی به بیمارستانها مراجعه می‌کنند (۵).

در سال‌های اخیر به دلیل رشد و توسعه جوامع و نیز سهولت دسترسی به داروها و سموم، میزان شیوع مسمومیت‌ها بطور چشمگیری افزایش یافته است. امروزه مسمومیت از علل مهم مراجعه به بیمارستانها می‌باشد. با توجه به آمارهای جهانی، مسمومیت‌ها مهمترین عامل بیماریهای حاد در بسیاری از کشورهای توسعه یافته‌اند. در امریکا سالانه حدود ۵ میلیون مسموم به بیمارستانها مراجعه می‌کنند. همچنین مطالعات قبلی در کشور ما نیز نشان دهنده شیوع بالای مسمومیت‌ها است که متأسفانه بخش عمده مسمومیت‌ها از نوع مسمومیت‌های عمدی است که به قصد خودکشی ایجاد می‌شوند و بیشترین عامل ایجاد مسمومیت‌های عمدی نیز داروها و سموم مختلف هستند. البته سهولت دسترسی به داروها و سموم نیز زمینه را برای انجام خودکشی با استفاده از مواد مذکور آماده می‌سازد. متأسفانه میزان خودکشی در گروه جوانان از سایر گروه‌های سنی بیشتر است، این مسئله نیاز به بررسی اپیدمیولوژیک متوالی مسمومیت در مناطق مختلف کشور از جمله مناطق شمالی دارد. مضافاً این که در این مناطق به لحاظ زمینه‌های مساعد کشاورزی، دسترسی به سموم آفت‌کش (مثل سموم ارگانوفسفره) راحت‌تر است. بنابراین با توجه به تمایل به خودکشی خصوصاً در جوانان، مطالعه روی نحوه مسمومیت‌های عمدی در منطقه غرب استان مازندران می‌تواند در شناخت معضلات و چارچوب آنها و برنامه‌ریزیهای بهداشتی برای حفظ سلامت جامعه راهگشا باشد (۶).

تنها در سال ۲۰۰۰ میلادی حدود یک میلیون نفر در جهان به واسطه مسأله خودکشی، جان خود را از دست داده‌اند و حداقل ۱۰ تا ۲۰ برابر این رقم اقدام به خودکشی کرده‌اند. از طرفی هر رفتار مرتبط با خودکشی بین ۵ تا ۶ نفر را درگیر این اقدام می‌کند و لذا هر ساله در جهان حدود ۱۰۰ میلیون نفر با یک مورد رفتار مرتبط با خودکشی مواجه می‌شوند. پیش بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ میلادی، خودکشی دهمین علت شایع مرگ در جهان خواهد بود. در این میان، مسمومیت توسط خود فرد یکی از شایع‌ترین روش‌های آسیب به خود و یکی از عمده‌ترین دلایل ارجاع و بستری بیماران به ویژه جوانان در بخشهای اورژانس بیمارستانی است. نکته مهم دیگر آن است که تکرار این رفتارها امری بسیار رایج بوده و با توجه به فقدان اطلاعات کافی درخصوص اپیدمیولوژی موضوع، برنامه‌ریزی برای مداخله و ارزیابی تأثیر مداخلات، مشکل خواهد بود (۷).

آسیب به خود یکی از مشکلات مهم سلامتی در تمام کشورها، اعم از صنعتی و در حال توسعه است و معمول‌ترین شکل‌های آن حلق‌آویز کردن، مسمومیت عمدی و خودزنی است. اهمیت بالینی آسیب به خود در آن است که این رفتار، پیشگویی‌کننده‌ای قوی برای خودکشی‌های موفقیت‌آمیز بعدی محسوب می‌شود. مسمومیت عمدی که در بعضی مطالعات، حدود ۸۰ درصد موارد آسیب به خود را تشکیل می‌دهد است، به عنوان مصرف خود سرانه و عمدی مقدار زیاد دارو با هدف آسیب رساندن به خود تعریف شده و همان گونه که اشاره شد، در بسیاری از کشورها مثل نروژ و بریتانیا یک مسئله مهم بهداشتی به شمار می‌رود. در بریتانیا روند این مسمومیت‌ها طی سال‌های اخیر، رشد داشته و شایع‌ترین راه برای خودکشی در زنان و دومین روش در مردان به حساب می‌آید. نوجوانان به دلیل شرایط و بحران‌های خاص این دوره از زندگی، در معرض انواع استرس هستند و به دلیل آن که شاید هنوز مکانیسم‌های انطباقی آنان کامل نشده باشد، احتمال بروز رفتارهای تکانشی نظیر اقدام به خودکشی در آن‌ها کم نیست. متأسفانه میزان مرگ در نوجوانان هم اغلب بالا است. گزارش شده ۵ تا ۹ درصد نوجوانان در کشورهای غربی، در طی یک سال گذشته عمرشان، اقدام به این کار کرده‌اند. در کانادا، خودکشی، پس از حوادث، شایع‌ترین علت مرگ در کودکان و نوجوانان (سن ۱۰-۱۹ سال) محسوب می‌شود. بنابراین پیشگیری از این رفتار به ویژه در نوجوانان اهمیت زیادی دارد. در مورد کشورهای در حال توسعه، طبق شواهد موجود، مسمومیت‌های عمدی در تمام گروه‌های سنی (به جز کودکان) شایع‌ترین نوع مسمومیت هستند. در ایران به دلیل فراوانی و در دسترس بودن داروها و مواد شیمیایی سمی مانند سموم گیاهی و جانوری و همچنین سوءمصرف یا اعتیاد به مواد مخدر، هم موارد مسمومیت‌های تصادفی و هم عمدی، شایع هستند. شواهد موجود نشان می‌دهند که اطلاعات اپیدمیولوژیک در مورد مسمومیت‌های عمدی به ویژه با داروها، به دلیل کمبود داده‌ها اندک است. با این پیش فرض به نظر می‌رسد که محدودیت اطلاعات قابل اعتماد در این زمینه، در کشورهای در حال

توسعه، بسیار وسیع‌تر باشد، پیش فرضی که با بررسی متون تا حد زیادی تأیید می‌شود. درمورد گروه سنی نوجوانان این کمبود جدی‌تر است. چون اطلاعات موجود در مورد آن‌ها، حتی کمتر از اطلاعات درباره کل جمعیت است (۸).

تعداد پذیرش یک بیمارستان جنرال در منطقه آکسفورد بریتانیا به علت مسمومیت عمدی و آسیب به خود در طی ۳/۵ سال گذشته تقریباً ۴۵ درصد افزایش یافته است. افزایش در بین زنان بارزتر از مردان است. این مطالعه در مقایسه با مطالعه ای که در گذشته انجام شده نشان می‌دهد وقوع این رویداد در شهر آکسفورد در طی ۱۰ سال، ۴ برابر شده است (۹).

مسمومیت عمدی یکی از روش‌های شایع در اقدام به خودکشی است. این گونه به نظر می‌رسد که تلاش برای خودکشی در بین کودکان خیلی متداول‌تر از چیزی است که تخمین زده می‌شود. مطالعات اخیر نشان می‌دهد میزان اقدام به خودکشی در بین کودکان ۵ تا ۱۴ سال، ۱ تا ۲ مرگ در هر ۱۰۰۰۰ و در بین جوانان ۱۵ تا ۱۹ سال، ۱۱ مرگ در هر ۱۰۰۰۰ است. بر طبق مطالعه ای که در سال ۱۹۹۷ در ایران انجام شد، مسمومیت بیشترین شیوع را در سنین ۲ تا ۶ سال در کودکان و ۲۱ تا ۴۰ سال در بزرگسالان داشته است. بیشترین روش اقدام به مسمومیت که توسط گزارشی در سال ۲۰۰۷ تایید شده از راه داروهای خوراکی بوده است. مسمومیت عمدی ۴ برابر مسمومیت غیر عمدی گزارش شده است (۱۰).

مسمومیت عمدی یک مساله شایع کلینیکال در سطح جهان است. در کشورهای صنعتی این پدیده غالباً در افراد جوان در واکنش به رویدادهای استرس‌زا با انگیزه اندک برای مرگ اتفاق می‌افتد. مرگ خیلی به ندرت حادث می‌شود زیرا داروهایی که غالباً مصرف می‌شوند سمیت کمی دارند و یا به راحتی درمان می‌شوند. این وضعیت در کشورهای در حال توسعه متفاوت است، در جایی که ارگانوفسفرها بیشترین عامل جهت مسمومیت عمدی می‌باشند و به طور تخمینی منجر به ۳۰۰۰۰۰ مرگ در منطقه جنوب شرق آسیا شده‌اند. نسبتاً دانش اندکی در مورد الگوهای سنی و جنسیتی مسمومیت عمدی منجر و غیرمنجر به مرگ وجود دارد (۱۱).



## فصل دوم : بررسی متون

## بررسی متون

در زندگی روزانه ما همیشه با موادی مواجه هستیم که می توانند به عنوان سم استفاده شوند. خود درمانی، الکل، مونوکسید کربن و انواع مختلفی از شوینده ها و کودهای کشاورزی در زندگی روزمره موجود است. این مواد به قدری آسان در دسترس هستند که ما اهمیت آنها را در آسیب به خود درک نمی کنیم. در ایالت ویرجینیای آمریکا در فاصله سالهای ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۶، تعداد ۱۷۸۹۷ مورد خودکشی که منجر به مرگ نشدند و ۳۳۵۱ مورد خودکشی منجر به مرگ مشاهده شد. این بدان معنی است که روزانه بیش از ۱۲ مورد خودکشی وابسته به مسمومیت که منجر به مرگ نشده و بیش از ۲ مورد خودکشی وابسته به مسمومیت که منجر به مرگ شده اتفاق افتاده است. مسمومیت، شایع ترین روش استفاده شده در خودکشی بوده است که منجر به مرگ نشده است (۸۲/۳ درصد) و سومین روش شایع در خودکشی های منجر به مرگ بوده است (۱۷/۴ درصد). میزان خودکشی با استفاده از سم در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر که منجر به مرگ نشده اند، ۴۹ مورد است که حدود ۲۶ برابر میزان خودکشی های منجر به مرگ (۱/۹ مورد) را شامل می شود. نکات برجسته در مورد خودکشی های غیرمنجر به مرگ از طریق مسمومیت شامل این موارد است : ۱- احتمال بستری زنان ۲۹/۶ برابر برای مسمومیت غیر منجر به مرگ نسبت به مردان با خودکشی های منجر به مرگ بوده است. ۲- در برابر هر شهروند ویرجینیایی که در اثر خودکشی ناشی از مسمومیت فوت کردند، ۲۵ نفر برای خودکشی غیرمنجر به مرگ بستری شدند. ۳- میزان تلاش های منجر به خودکشی ناشی از مسمومیت در بین سنین ۱۵ تا ۲۹ خیلی زیاد بوده است (۸۸/۵ در هر ۱۰۰۰۰۰). ۴- میزان بستری خودکشی های ناشی از مسمومیت در مرکز درمانی جنوب غربی ایالت بیشتر بوده است (۶۹/۴ مورد). نکات برجسته خودکشی های منجر به مرگ ناشی از مسمومیت شامل این موارد است : ۱- در افراد سفیدپوست میزان خودکشی منجر به مرگ بیشتر بوده است (۲/۴ مورد) که در سنین ۴۵ تا ۵۴ بیشتر بوده است (۸/۷ مورد). ۲- نیمی (۴۷/۵ درصد) خودکشی های منجر به مرگ به سابقه ای از تلاش به خودکشی اعتراف کرده اند. ۳- بیشتر از دو سوم (۶۹/۹ درصد) موارد منجر به مرگ مشکل روانی داشتند و ۶۳/۴ درصد در زمان وقوع اقدام به خودکشی تحت درمان مشکل روانی بودند. داروهای ضدافسردگی به عنوان یک سم در ۴۱/۷ درصد از قربانیان که در آن زمان مشکل روانی داشته اند و ۱۳/۵ درصد از کسانی که در آن زمان مشکل روانی نداشتند استفاده شده است. ۴- در مجموع ۱۰۵ نوع سم مختلف توسط ۵۸۳ نفر که قربانی مسمومیت شده اند استفاده شده است. ۵- اکثریت (۵۱/۵ درصد) قربانیان خودکشی از یک نوع سم، ۱۸/۵ درصد از دو نوع سم و ۳۰/۴ درصد از سه نوع یا بیشتر سم استفاده کردند (۲).

۱۵۹۸ اپیزود خودمسمومی عمدی طی یک دوره ۱۲ ماهه به بیمارستانی آموزشی در شهر ناتینگهام انگلستان مراجعه کردند. اطلاعات و داده‌های دموگرافیک درباره ماه، روز و زمان پذیرش موجود است. ۷۰/۷ درصد مواردی که به دپارتمان اورژانس مراجعه کردند در طی ۴ ساعت اولیه استفاده از سم بود. ۷۶/۳ درصد بیماران فقط ۱ اپیزود در طی یک دوره ۲۹ ماهه پیگیری داشتند. به طور میانگین، ۱/۷۲ نوع دارو در هر اپیزود مصرف شده در حالی که بیش از نیمی از اپیزودها فقط شامل استفاده از یک نوع دارو بوده است. پاراستامول و ایبوپروفن شایع‌ترین داروهای خوراکی بودند که به ترتیب ۴۲/۵ درصد و ۱۷/۳ درصد همه اپیزودها را شامل می‌شدند. ۵۶/۳ درصد بیماران که از پاراستامول استفاده کرده بودند گفتند که بیش از ۸ گرم از دارو را مصرف کرده‌اند (۵).

در نیمه دوم سال ۸۳، ۷۲۳ نفر با توزیع متناسب با جمعیت از شهرهای تهران، مشهد، تبریز، اصفهان، شیراز و کرمانشاه وارد مطالعه شدند. از میان مسمومین بررسی شده، ۵۵۰ نفر (۷۶ درصد) به طور عمدی و به قصد خودکشی و ۱۷۳ نفر (۲۴ درصد) به طور غیر عمدی دچار مسمومیت شده بودند. در این مقاله تجزیه و تحلیل داده‌ها محدود به افرادی است که مسمومیت عمدی را به عنوان راهی برای خودکشی انتخاب کرده بودند. میانگین سنی افرادی که از مسمومیت عمدی برای خودکشی استفاده کرده بودند ۲۵/۲ سال بود که در نهایت ۱۰ نفر از آنها فوت نمودند. ۶۰ درصد از افراد اقدام کننده به خودکشی مؤثر بودند. ۸۰ درصد برای این کار از دارو استفاده کرده بودند و سموم شیمیایی، مواد روان‌گردان و سایر مواد شیمیایی به ترتیب در رده‌های بعدی قرار داشتند. ۳۱ درصد از اقدام کنندگان به خودکشی قبلاً نیز سابقه این کار را داشته‌اند (۷).

وضعیت مسمومیت‌های عمدی غرب استان مازندران (شهرهای تنکابن و رامسر) طی سال‌های ۱۳۷۳ لغایت ۱۳۷۶ مطالعه گردید. این مطالعه بصورت توصیفی-تحلیلی روی ۶۶۰ مورد ارجاع شده به بیمارستان‌های شهید رجایی تنکابن و امام سجاد رامسر به علت مسمومیت‌های حاد، انجام شد. متغیرهای مرتبط با مسمومیت، از جمله سن، جنس، داروها و مواد شیمیایی که عامل مسمومیت عمدی بودند بررسی شده و داده‌های آنها پس از استخراج و پس از ورود به رایانه، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از ۶۶۰ مورد مسمومیت حاد، ۳۰۱ مورد (۴۵ درصد) مسمومیت عمدی بودند. ۷۹/۱ درصد موارد بصورت سرپایی درمان شدند و ۲۰/۹ درصد آنها بستری شدند. ۵۳ درصد مسمومین مرد و ۴۷ درصد زن بودند. بیشترین موارد مسمومین در گروه سنی ۱۶-۲۵ سال (۳۰/۵ درصد) و کمترین موارد در گروه سنی ۳۶-۴۵ سال (۹/۶)

درصد) قرار داشتند. عوامل مسمومیت‌های عمدی، داروها (۴۱/۵ درصد)، آفت‌کش‌های ارگانوفسفره (۳۱/۵ درصد)، مواد شیمیایی (۱۵/۹ درصد)، تریاک (۷ درصد) و سایر موارد نامعلوم (۴/۱ درصد) بودند. بیشترین موارد اقدام به خودکشی در فصل بهار (۳۲/۲ درصد) و کمترین آنها در فصل پاییز (۱۷/۳ درصد) اتفاق افتادند. در ۴۹/۳ درصد موارد از پادزهر اختصاصی برای مسمومیت مربوطه استفاده شد. از ۳۰۱ نفر مسمومیت عمدی ۱۷ نفر فوت شدند که ۱۶ نفر از این افراد با سموم ارگانوفسفره، مسموم شده بودند (۶).

تعیین ویژگی‌های اپیدمیولوژیک نوجوانانی که اقدام به مسمومیت عمدی کرده بودند در مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا در بیمارستان لقمان انجام شد. تمام موارد مسمومیت حاد در فاصله زمانی اردیبهشت تا آذر ماه ۱۳۸۲، وارد این مطالعه مقطعی شدند. گروه سنی نوجوانان، از ۱۳ تا ۱۹ سال در نظر گرفته شد و اطلاعات آنها جهت این مقاله مورد استفاده قرار گرفت. از ۹۲۰۳ مورد مسمومیت عمدی، ۲۸/۵ درصد نوجوان بودند (۲۶۲۶ نفر). نسبت دختر به پسر، ۲۰ به ۲ بود. ۸۶/۸ درصد مجرد و ۵۵/۷ درصد دانش‌آموز و اغلب موارد شهرنشین بودند. مجموعاً مصرف ۴۸۵۹ مورد دارو یا سم گزارش شد (میانگین ۱/۸۵ برای هر نفر). بین میانگین سنی پسران و دختران، اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت، در حالی که از نظر سابقه اختلالات جسمی و روانی، دو جنس، تفاوت معنی‌داری نداشتند. اکثریت بیماران، سابقه‌ای از اقدام به خودکشی قبلی نداشته‌اند. برتری عددی دختران در اقدام به مسموم کردن خود، دیده می‌شود. با وجود این، پسران در سن پایین‌تری اقدام به مسموم‌سازی خود کرده بودند. فراوانی اختلالات روانی در نوجوانان مورد مطالعه کمتر از فراوانی آن در جمعیت عام بود که می‌تواند به دلیل شیوع کمتر این اختلال در آنها بوده یا به خاطر برآورد کمتر از حد واقعی باشد (۸).

از اول فروردین سال ۱۳۸۳ تا ۲۹ اسفند همان سال و از مجموع ۲۶۰۷۸ بیمار مراجعه کننده به اورژانس مسمومین بیمارستان لقمان، ۱۱۴۶۵ نفر (۴۴ درصد) با مسمومیت حاد در مجموعه مسمومین بستری گردیدند. ۴۵ بیمار فوت شده به اورژانس رسیدند که در آمار محاسبه نگردیدند. این تعداد حدود نیمی از کل بستری‌های بیمارستانی همان سال بود. مسمومیت‌های عمدی بیشترین انگیزه بستری بیماران را به خود اختصاص داده (۷۴ درصد) و مسمومیت‌های اتفاقی که در راس آنها سوءمصرف مواد قرار داشت علت بعدی مراجعه بیماران بود (۲۶ درصد). مسمومیت با داروها شایع‌ترین علت مراجعه بیماران بود که در این میان دسته T42 (۸/۲۰ درصد) و T43 (۸/۱۷ درصد) شامل داروهای ضدافسردگی و بنزودیازپین‌ها و داروهای ضد تشنج در راس قرار داشتند. مخدرها و شبه‌مخدرها T40 (۷/۱۱ درصد) در رده سوم قرار داشتند. از نظر جنسی و فصل تفاوت عمده‌ای مشاهده نگردید. مرگ در ۲۷۲ بیمار (۱ درصد مراجعین) اتفاق افتاد که

شایع‌ترین علت آن مسمومیت با مواد مخدر (۴۳/۷ درصد) و در ادامه مسمومیت با آفت‌کش‌ها (۹/۹ درصد) بود. ۶۷/۶ درصد فوت شدگان سنی کمتر از ۴۰ سال داشتند و ۸۰/۱ درصد مرد بودند (۴).

از میان ۲۸۵۲ بیمار مسموم در بیمارستان امام خمینی اردبیل، از اول فروردین ماه ۱۳۸۴ تا اواخر اسفندماه ۱۳۸۷، ۱۰۶ نفر بر اثر شدت عوارض حاصله فوت کردند. از این تعداد، مردان ۵۶/۸ درصد نسبت به زنان با ۴۳/۲ درصد بیشترین تعداد مسمومین را به خود اختصاص داده‌اند. ۵۶/۹۷ درصد مردان، مجرد و ۴۳/۰۳ درصد متأهل بودند، اغلب موارد (۷۶/۸ درصد) شهرنشین بودند. ۶۶/۵۳ درصد به علت خودکشی، ۵/۰۱ درصد به علت‌های تصادفی و ۲۸/۴۵ درصد به دلایل نامشخص مسموم شده بودند. سنین ۲۰-۳۰ سال با ۵۲/۳ درصد بیشترین تعداد را شامل می‌شدند. بیشترین سموم مصرفی به ترتیب ترامادول، بنزودیازپین‌ها، استامینوفن، ارگانوفسفات‌ها، اسیدها و بازها بودند. اکثر مسمومین (۴۴/۷ درصد) بین ساعات ۲۰ تا ۲ بامداد به بیمارستان مراجعه کردند (۱۲).

بررسی مسمومیت در مراجعین به مرکز آموزشی درمانی بوعلی شهر اردبیل در سال ۱۳۸۲ نشان داد ۵۱ درصد بیماران مجرد، زیر ۳۰ سال ۶۶/۵ درصد و مذکر ۵۱/۷ بودند. ۹۳ درصد مسمومیتشان عمدی و فقط ۷ درصد افراد مسمومیتشان به علت مصرف نادرست دارو یا مواد شیمیایی بوده است. ۷۴/۸ درصد موارد به علت مسمومیت عمدی اقدام به خودکشی بر اثر مشاجرات خانوادگی و طلاق بوده و ۲۵/۲ درصد به علت مشکلات روحی بوده است. از کل بیمارانی که مسمومیت عمدی داشته‌اند، ۸ درصد سابقه اقدام به خودکشی قبلی داشتند. نوع داروهای مصرفی بیماران نشان داد ارگانوفسفره بالاترین رقم یعنی ۲۲/۴ درصد را به خود اختصاص داده و اکثر مسمومیت‌ها در فصل تابستان رخ داده است (۱۳).

اپیدمیولوژی مسمومیت عمدی در مناطق روستایی سری‌لانکا با ثبت ۲۱۸۹ پذیرش و ارجاع به دو بیمارستان به صورت آینده‌نگر بررسی شد. تعداد بسیاری از بیماران، جوان (میانگین سنی ۲۵ سال)، مرد (۵۷ درصد) بودند و از سموم ارگانوفسفره استفاده کرده بودند (۴۹ درصد). ۱۹۸ نفر فوت شدند که از میان آنها ۱۵۶ نفر مرد (درصد مرگ در جنس: ۱۲/۴ درصد) و ۴۲ نفر زن (درصد مرگ در جنس: ۴/۵ درصد) بودند. ۵۲ درصد مرگ در زنان در سنین کمتر از ۲۵ سال اتفاق افتاد و مرگ در مردان به طور نسبتاً مساوی در بین گروه‌های سنی تقسیم شده بود. سموم آفت‌کش بیشترین عامل مرگ بود. هر چند که الگوی خودمسمومی مشابه کشورهای صنعتی بود، مرگ و میر ۱۵ برابر بیشتر و الگوی خودمسمومی منجر به مرگ کاملاً متفاوت بود (۱۱).

مطالعه‌ای گذشته‌نگر در فاصله سالهای ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۷ میلادی در بیمارستان لقمان حکیم تهران نشان داد خودمسمومی یکی از شایع‌ترین روشهای استفاده شده برای خودکشی در بین نوجوانان می‌باشد. ۶۴۱۷ مورد اقدام به خودکشی در بین نوجوانان ۸ تا ۱۶ ساله ثبت شد. از این تعداد، ۱۴۵۱ مورد (۲۲/۶ درصد) مرد و ۴۹۶۳ مورد (۷۷/۴ درصد) زن بودند. توزیع خودکشی بنابر گروه‌های سنی و جنسی به این شرح است: زنان ۸ تا ۱۲ ساله (تعداد: ۲۸۹ نفر؛ ۶۶/۳ درصد) و زنان ۱۲ تا ۱۶ ساله (تعداد ۴۶۷۴ نفر؛ ۷۸/۲ درصد). مردان در هر دو گروه سنی درصد کمتری داشتند (۳۳/۷ درصد و ۲۱/۸ درصد). بنابر علت‌های سبب‌شناسی اقدام به خودکشی، اختلالات برقراری ارتباط متداول‌ترین ریسک‌فاکتور زمینه‌ای برای انجام خودکشی است و سوءمصرف مواد و اختلافات خانوادگی در رتبه‌های بعدی قرار دارند. اختلالات برقراری ارتباط در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است. ارزش‌گذاری اختلالات روان‌پزشکی بنیادی نشان داد که تقریباً یک مورد از هر پنج مورد اقدام به خودکشی دچار اختلالات روان‌پزشکی هستند. سابقه قبلی اقدام به خودکشی در یک نفر از هر هفت نفر در جمعیت مورد مطالعه ما بدون تفاوت در جنسیت یافت شد. اکثر موارد دانش‌آموز و کمتر از یک درصد بی‌سواد بودند (۱۰).

## فصل سوم : مواد و روش‌ها

این تحقیق به روش مطالعه داده‌های موجود بوده و بر این اساس اطلاعات لازم از پرونده‌های افرادی که به علت مسمومیت‌های مختلف دارویی و شیمیایی از اول فروردین تا آخر اسفند ۱۳۹۰ به بیمارستان آموزشی-درمانی بوعلی قزوین مراجعه کرده‌اند و بستری شده‌اند جمع‌آوری شده است. اطلاعات به دست آمده در فرم‌های مخصوص جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS 16 تجزیه و تحلیل شده، پارامترهای مختلفی از جمله سن، جنس، وضعیت تاهل، فصل ایجاد مسمومیت، سابقه ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی، میانگین مدت بستری، میانگین مدت زمان مصرف دارو تا پذیرش، عمدی یا غیرعمدی بودن مسمومیت، فراوانی بروز مرگ، علائم هنگام ورود به اورژانس، سابقه ابتلا به بیماری جسمی، سابقه ابتلا به سوءمصرف مواد مخدر یا محرک، عامل مسمومیت شامل: داروها (سایکوتروپیک‌ها، مسکن‌ها، بنزودیازپین‌ها، آنتی‌هیستامین‌ها)، سموم کشاورزی، شوینده‌های خانگی، الکل و اپیوئیدها، و محل زندگی مشخص گردیده است.



## اهداف و فرضیات

### الف- هدف کلی طرح

تعیین شاخصهای اپیدمیولوژیک و توزیع جغرافیایی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی قزوین با شرح حال مسمومیت در طی سال ۹۰.

### ب- اهداف جزئی طرح

- ۱- تعیین میانگین سنی مسمومین مراجعه کننده به اورژانس
- ۲- تعیین توزیع فراوانی بیماران از نظر جنس
- ۳- تعیین توزیع فراوانی بیماران از نظر نوع داروی مصرفی
- ۴- تعیین توزیع فراوانی بیماران از نظر فصل ایجاد مسمومیت
- ۵- تعیین توزیع فراوانی بیماران از نظر سابقه ابتلا به بیماری روانپزشکی
- ۶- تعیین میانگین مدت بستری در بیمارستان
- ۷- تعیین توزیع فراوانی بیماران از نظر محل سکونت
- ۸- تعیین میانگین مدت زمان مصرف دارو تا پذیرش در بیمارستان
- ۹- تعیین توزیع فراوانی تعداد داروی مورد استفاده بیماران
- ۱۰- تعیین توزیع فراوانی بیماران از نظر عمدی یا غیر عمدی بودن مسمومیت
- ۱۱- تعیین فراوانی بروز مرگ در بیماران
- ۱۲- تعیین توزیع فراوانی بیماران از نظر وضعیت تاهل
- ۱۳- تعیین توزیع فراوانی بیماران از نظر علامت هنگام ورود به اورژانس
- ۱۴- تعیین میزان فراوانی وجود بیماری جسمی در بیماران
- ۱۵- تعیین توزیع فراوانی سوءمصرف مواد مخدر یا محرک در بیماران
- ۱۶- بررسی ارتباط بین سن، جنس، با نوع دارو یا سم مصرفی

### ج- هدف کاربردی طرح

با توجه به بالا بودن درصد مسمومیت های عمدی و ضرورت توجه به این معضل پزشکی و اجتماعی، هدف، لزوم نظارت دقیق در توزیع سموم و داروها و مهم تر از آن حمایت های اجتماعی و روان شناختی در جامعه و به خصوص برای کسانی که اقدام به مسمومیت عمدی می کنند می باشد.

#### د- سوالات پژوهشی - فرضیات

- ۱- میانگین سنی مسمومین مراجعه کننده به اورژانس چقدر است؟
- ۲- توزیع فراوانی بیماران از نظر جنس چگونه است؟
- ۳- توزیع فراوانی بیماران از نظر نوع داروی مصرفی چگونه است؟
- ۴- توزیع فراوانی بیماران از نظر فصل ایجاد مسمومیت چگونه است؟
- ۵- توزیع فراوانی بیماران از نظر سابقه ابتلا به بیماری روانپزشکی چگونه است؟
- ۶- میانگین مدت بستری در بیمارستان چقدر است؟
- ۷- توزیع فراوانی بیماران از نظر محل سکونت چگونه است؟
- ۸- میانگین مدت زمان مصرف دارو یا سم تا پذیرش در بیمارستان چقدر است؟
- ۹- توزیع فراوانی تعداد داروی یا سم مورد استفاده بیماران چگونه است؟
- ۱۰- توزیع فراوانی بیماران از نظر عمدی یا غیر عمدی بودن مسمومیت چگونه است؟
- ۱۱- فراوانی بروز مرگ در بیماران چقدر است؟
- ۱۲- توزیع فراوانی بیماران از نظر وضعیت تاهل چگونه است؟
- ۱۳- توزیع فراوانی بیماران از نظر علامت هنگام ورود به اورژانس چگونه است؟
- ۱۴- میزان فراوانی وجود بیماری جسمی در بیماران چقدر است؟
- ۱۵- توزیع فراوانی ابتلا به سوءمصرف مواد مخدر یا محرک در بیماران چگونه است؟
- ۱۶- بین سن و جنس با نوع دارو یا سم مصرفی ارتباط وجود دارد.

## مشکلات و محدودیت‌ها

دسترسی به پرونده‌ها یکی از محدودیت‌های اجرایی طرح بود که با نامه‌نگاری اداری مرتفع شد.

## ملاحظات اخلاقی

از آنجا که در این طرح مداخله‌ای صورت نگرفت، مشکل عمده‌ای از نظر اخلاق پزشکی وجود نداشت. کلیه اطلاعات افراد مورد مطالعه محرمانه ماند و در اختیار هیچ فرد حقیقی و حقوقی قرار نگرفت. در ضمن در این تحقیق هیچ گونه هزینه اضافی به بیمار تحمیل نشده است.

## فصل چهارم : یافته‌ها

## یافته‌ها

### - شاخص‌های توصیفی

از تعداد کل ۲۳۱۶۱ نفر بستری شدگان در بیمارستان آموزشی- درمانی بوعلی شهر قزوین طی سال ۱۳۹۰، مجموع ۷۶۶ بیمار (۳/۳ درصد) با شرح حال مسمومیت بستری شدند. از این بین، تعداد ۳۶۵ نفر مذکر (۴۷/۷ درصد) و تعداد ۴۰۱ نفر مونث (۵۲/۳ درصد) بودند که از این نظر تفاوت چشمگیری وجود نداشت (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی جنسیت بیماران با شرح حال مسمومیت طی سال ۱۳۹۰

جنسیت	تعداد	درصد
مرد	۳۶۵	۴۷/۷
زن	۴۰۱	۵۲/۳
مجموع	۷۶۶	۱۰۰

از مجموع ۷۶۶ نفر بیمار بستری شده با شرح حال مسمومیت، تعداد ۷۲۹ نفر (۹۵/۲ درصد) اقدام به خودکشی و ۳۷ نفر (۴/۸ درصد) غیر عمدی و در اثر مصرف نابجای داروها بوده است (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی مسمومیت عمدی و غیر عمدی

اقدام به خودکشی*		
تعداد	درصد	
۷۲۹	۹۵/۲	بله
۳۷	۴/۸	خیر
۷۶۶	۱۰۰	مجموع

\* بر طبق گفته‌های بیماران یا همراهان

میانگین سنی افراد بستری شده ۲۹/۸ سال بود که کمترین آنها ۱۰ سال و بیشترین ۹۰ سال بوده است (جدول ۳).

جدول ۳: میانگین سنی بیماران بستری شده

میانگین	۲۹/۸ سال
کمترین	۱۰ سال
بیشترین	۹۰ سال

این مطالعه نشان داد تعداد بستری شدگان در نیمه ابتدایی سال (۵۹۲ نفر) به طور چشمگیری بیشتر از نیمه دوم سال (۱۷۴ نفر) بوده است. در فصل بهار ۲۷۸ نفر (۳۶/۴ درصد)، فصل تابستان ۳۱۴ نفر (۴۰/۹ درصد)، فصل پاییز ۹۹ نفر (۱۲/۹ درصد) و فصل زمستان ۷۵ نفر (۹/۸ درصد) بستری شده‌اند (جدول ۴).

جدول ۴: توزیع فصلی بیماران بستری شده

فصل	تعداد	درصد
بهار	۲۷۸	۳۶/۴
تابستان	۳۱۴	۴۰/۹
پاییز	۹۹	۱۲/۹
زمستان	۷۵	۹/۸
مجموع	۷۶۶	۱۰۰



از نظر توزیع جغرافیایی، از مجموع ۷۶۶ بیمار بستری شده، تعداد ۵۸۹ نفر (۷۶/۹ درصد) شهرنشین و ۱۷۷ نفر (۲۳/۱ درصد) روستانشین بودند (جدول ۵).

جدول ۵: توزیع جغرافیایی بیماران بستری شده

محل زندگی		
درصد	تعداد	
۷۶/۹	۵۸۹	شهرنشین
۲۳/۱	۱۷۷	روستانشین
۱۰۰	۷۶۶	مجموع

از میان بیماران بستری شده، تعداد ۴۰۰ نفر (۵۲/۲ درصد) متاهل و ۳۶۶ نفر غیرمتاهل (۴۷/۸ درصد) بودند (جدول ۶).

جدول ۶: توزیع فراوانی بیماران از نظر وضعیت تاهل

وضعیت تاهل		
تعداد		درصد
غیرمتاهل	۳۶۶	۴۷/۸
متاهل	۴۰۰	۵۲/۲
مجموع	۷۶۶	۱۰۰

طبق اظهارات بیماران یا همراهان آنها، از میان بستری شدگان، تعداد ۳۰۹ نفر (۴۰/۳ درصد) سابقه مصرف مواد مخدر یا محرک داشتند و ۴۵۷ نفر (۵۹/۷ درصد) هر گونه مصرف مواد مخدر یا محرک را تکذیب کردند (جدول ۷).

جدول ۷: توزیع فراوانی سابقه مصرف مواد مخدر یا محرک

سابقه مصرف مواد مخدر یا محرک*		
تعداد	درصد	
۳۰۹	۴۰/۳	بله
۴۵۷	۵۹/۷	خیر
۷۶۶	۱۰۰	مجموع

\* بر طبق گفته‌های بیماران یا همراهان

طبق گفته‌های بیماران یا همراهان آنها، از مجموع ۷۶۶ نفر بیمار بستری شده، تعداد ۱۸۱ نفر (۲۲/۶ درصد) بیماری روانی شناخته شده داشتند و ۵۸۵ نفر (۷۶/۴ درصد) سابقه‌ای از ابتلا به اختلالات روانی را ذکر نکردند (جدول ۸).

جدول ۸: توزیع فراوانی بیماران از نظر سابقه ابتلا به بیماری روانپزشکی

بیماری روانی شناخته شده*		
تعداد	درصد	
۱۸۱	۲۲/۶	بله
۵۸۵	۷۶/۴	خیر
۷۶۶	۱۰۰	مجموع

\* بر طبق گفته‌های بیماران یا همراهان

طبق گفته‌های بیماران یا همراهان آنها، از مجموع ۷۶۶ نفر بیمار بستری شده، تعداد ۱۱۸ نفر (۱۵/۴ درصد) سابقه‌ای از ابتلا به یک بیماری جسمی (ارگانیک) داشتند و ۶۴۸ نفر (۸۴/۶ درصد) ابتلا به هیچ بیماری جسمی را ذکر نکردند. (جدول ۹).

جدول ۹: میزان فراوانی وجود بیماری جسمی (ارگانیک) در بیماران

ابتلا به بیماری جسمی (ارگانیک)*		
تعداد	درصد	
۱۱۸	۱۵/۴	بله
۶۴۸	۸۴/۶	خیر
۷۶۶	۱۰۰	مجموع

\* بر طبق گفته‌های بیماران یا همراهان

از نظر نوع داروی مصرفی بیماران مسموم بستری شده در اورژانس، در میان مواردی که نوع دارو یا سم مشخص بود، بنزودیازپین‌ها با تعداد ۱۸۲ بیمار (۲۳/۸ درصد) بیشترین میزان و الکل با تعداد ۲ بیمار (۰/۳ درصد) کمترین میزان مراجعه را به خود اختصاص دادند. داروهای سایکوتروپیک با تعداد ۷۷ نفر (۱۰/۱ درصد) که از میان این گروه دارویی TCA با ۳۰ مورد (۳/۹ درصد) بیشترین تعداد را به خود اختصاص داده بود، مسکن‌ها با تعداد ۸۹ نفر (۱۱/۶ درصد) که از میان این گروه دارویی استامینوفن با ۶۱ مورد (۸ درصد) بیشترین تعداد را به خود اختصاص داده بود، باربیتورات‌ها با تعداد ۳۶ نفر (۴/۷ درصد)، شوینده‌های خانگی با تعداد ۶ نفر (۰/۸ درصد)، سموم کشاورزی با تعداد ۲۶ نفر (۳/۴ درصد)، آنتی‌هیستامین‌ها با تعداد ۳ نفر (۰/۴ درصد)، اپیوئیدها با تعداد ۱۴۹ نفر (۱۹/۵ درصد) و داروهای نامشخص با تعداد ۱۹۶ نفر (۲۵/۶ درصد) را به خود اختصاص دادند (جدول ۱۰).

جدول ۱۰: توزیع فراوانی بیماران از نظر نوع داروی مصرفی

نوع ماده منجر به مسمومیت	تعداد	درصد
سایکوتروپیک	۷۷	۱۰/۱
مسکن‌ها	۸۹	۱۱/۶
الکل	۲	۰/۳
بنزودیازپین‌ها	۱۸۲	۲۳/۸
باربیتورات‌ها	۳۶	۴/۷
شوینده های خانگی	۶	۰/۸
سموم کشاورزی	۲۶	۳/۴
آنتی هیستامین ها	۳	۰/۴
اپیوئید ها	۱۴۹	۱۹/۵
داروهای نامشخص*	۱۹۶	۲۵/۶
مجموع	۷۶۶	۱۰۰

\*منظور داروهایی است که به علت کامل نبودن شرح حال بیمار و عدم امکان استفاده از آزمایشگاه مناسب تشخیصی، در پرونده بیمار ثبت نشده است.

۱۲۹ نفر (۱۶/۸ درصد) بیماران بستری هنگام ورود به اورژانس بدون علامت بودند. ۶۳۷ نفر (۸۳/۲ درصد) با علائمی نظیر ضعف (۲۹۲ نفر؛ ۳۸/۱ درصد)، تهوع و استفراغ (۲۴۴ نفر؛ ۳۱/۹ درصد) و کاهش سطح هوشیاری یا خواب آلودگی (۳۶۳ نفر؛ ۴۷/۴ درصد) به اورژانس مراجعه کردند (جدول ۱۱).

جدول ۱۱: توزیع فراوانی بیماران از نظر علامت هنگام ورود به اورژانس

علائم هنگام ورود به اورژانس								
	ضعف		تهوع و استفراغ		کاهش سطح هوشیاری یا خواب آلودگی		بدون علامت	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بله	۲۹۲	۳۸/۱	۲۴۴	۳۱/۹	۳۶۳	۴۷/۴	۱۲۹	۱۶/۸
خیر	۴۷۴	۶۱/۹	۵۲۲	۶۸/۱	۴۰۳	۵۲/۶	۶۳۷	۸۳/۲
مجموع	۷۶۶	۱۰۰	۷۶۶	۱۰۰	۷۶۶	۱۰۰	۷۶۶	۱۰۰

مدت زمان مصرف دارو تا مراجعه به اورژانس بیمارستان به طور میانگین ۲/۵ ساعت بوده است (انحراف معیار : ۲/۸۰). کمترین مدت زمان مراجعه زیر یک ساعت و بیشترین آن ۱۵ ساعت بوده است (جدول ۱۲).

جدول ۱۲: میانگین مدت زمان مصرف دارو تا پذیرش در بیمارستان

میانگین	۲/۵ ساعت
کمترین	زیر یک ساعت
بیشترین	۱۵ ساعت

اکثر بیماران در طی ۱ روز (۵۲۹ نفر: ۶۹/۱ درصد) الی ۲ روز (۱۶۱ نفر: ۲۱ درصد) از بیمارستان ترخیص شده بودند و کمترین تعداد بیماران از نظر مدت زمان بستری ۷ روز (۷ نفر: ۰/۹ درصد) الی ۸ روز (۵ نفر: ۰/۷ درصد) بوده است. میانگین مدت بستری با انحراف معیار ۱/۲۱ ، ۱/۵ روز است (جدول ۱۳).

جدول ۱۳: مدت بستری بیماران در بیمارستان

مدت بستری در بیمارستان		
روز	تعداد	درصد
۱	۵۲۹	۶۹/۱
۲	۱۶۱	۲۱
۳	۲۱	۲/۷
۴	۱۵	۲
۵	۲۱	۲/۷
۶	۷	۰/۹
۷	۷	۰/۹
۸	۵	۰/۷
مجموع	۷۶۶	۱۰۰



از مجموع ۷۶۶ بیمار بستری در بیمارستان، ۳۶۸ نفر (۴۸ درصد) با رضایت شخصی ترخیص شدند. ۳۹۰ نفر (۵۱ درصد) با بهبودی ترخیص شدند که بیشترین درصد را به خود اختصاص دادند. در این میان ۸ نفر (۱ درصد) فوت شدند (جدول ۱۴).

جدول ۱۴: وضعیت ترخیص بیماران بستری در بیمارستان

وضعیت ترخیص		
درصد	تعداد	
۵۱	۳۹۰	بهبود
۴۸	۳۶۸	رضایت شخصی
۱	۸	فوت شده
۱۰۰	۷۶۶	مجموع

## – شاخص‌های تحلیلی (ارتباطی)

بر اساس آزمون Anova، بین میانگین سنی گروه‌ها از نظر مصرف دارو تفاوت وجود دارد. برای بررسی این تفاوت از تست‌های تعقیبی Tukey HSD استفاده شد. در موارد اختلاف میانگین سنی در استفاده از داروها کمتر از ۰/۰۵، تفاوت معنی‌دار است (جدول ۱۵).

جدول ۱۵: رابطه بین سن بیماران و نوع داروی مصرفی

نوع داروی مصرفی	تعداد	میانگین سنی	حداقل سن	حداکثر سن
سایکوتروپیک	۷۷	۲۷/۲	۱۲	۷۷
مسکن‌ها	۸۹	۲۳/۵	۱۰	۵۳
بنزودیازپین‌ها	۱۸۲	۲۶/۹	۱۴	۷۵
باربیتورات‌ها	۳۶	۲۴/۸	۱۸	۴۶
سموم کشاورزی	۲۶	۲۱/۵	۲۱	۲۲
اپیوئیدها	۱۴۹	۳۵/۲	۱۶	۷۰
داروهای نامشخص	۱۹۶	۳۵/۲	۱۵	۸۵
مجموع	۷۶۶	۲۹/۸	۱۰	۹۰

بر طبق میانگین سنی حاصل شده، در مصرف داروهای سایکوتروپیک و اپیوئیدها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این تفاوت معنی‌دار در بین استفاده از داروهای مسکن با اپیوئیدها، سایکوتروپیک‌ها، بنزودیازپین‌ها، باربیتورات‌ها و سموم کشاورزی مشهود است. در بررسی گروه دارویی باربیتورات‌ها، این تفاوت معنی‌دار با گروه‌های اپیوئیدها، بنزودیازپین‌ها و سایکوتروپیک‌ها موجود است. بین استفاده از سموم کشاورزی با داروهای سایکوتروپیک، بنزودیازپین‌ها و اپیوئیدها نیز تفاوت معنی‌داری از لحاظ میانگین سنی وجود دارد.

بر اساس آزمون‌های کای اسکوار (chi-square tests)، بین جنسیت بیماران و نوع داروی مصرفی ارتباط معنی‌دار وجود دارد (p-value = 000) (جدول ۱۶).

جدول ۱۶: رابطه بین جنسیت بیماران و نوع داروی مصرفی

نوع داروی مصرفی	درصد در مردان	درصد در زنان
سایکوتروپیک	۹/۳	۱۰/۷
مسکن‌ها	۱۰/۱	۱۳
بنزودیازپین‌ها	۲۰	۲۷/۲
باربیتورات‌ها	۴/۴	۵
سموم کشاورزی	۲/۷	۴
آپیوئیدها	۳۳/۲	۷
داروهای نامشخص	۱۸/۹	۳۱/۷
مجموع	۱۰۰	۱۰۰

بر اساس آزمون‌های کای اسکوار (chi-square tests)، بین وضعیت تاهل بیماران و نوع داروی مصرفی ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد (p-value = 000) (جدول ۱۷).

جدول ۱۷: رابطه بین وضعیت تاهل بیماران و نوع داروی مصرفی

وضعیت تاهل		
متاهل	غیر متاهل	
درصد در نوع دارو	درصد در نوع دارو	نوع داروی مصرفی
۵۴/۵	۴۵/۵	سایکوتروپیک
۴۰/۴	۵۹/۶	مسکن‌ها
۵۱/۱	۴۸/۹	بنزودیازپین‌ها
۲۲/۲	۷۷/۸	باربیتورات‌ها
۴۶/۲	۵۳/۸	سموم کشاورزی
۵۷/۷	۴۲/۳	آپیوئیدها
۶۲/۸	۳۷/۲	داروهای نامشخص
۵۲/۲	۴۷/۸	مجموع

بر اساس آزمون‌های کای اسکوار (chi-square tests)، بین سابقه ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی و نوع داروی مصرفی ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد ( $p\text{-value} = 000$ ) (جدول ۱۸).

جدول ۱۸: رابطه بین سابقه ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی و نوع داروی مصرفی

سابقه ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی		
مبتلا	غیرمبتلا	
درصد در نوع دارو	درصد در نوع دارو	نوع داروی مصرفی
۲۹/۹	۷۰/۱	سایکوتروپیک
۱۱/۲	۸۸/۸	مسکن‌ها
۳۴/۱	۶۵/۹	بنزودیازپین‌ها
۳۶/۱	۶۳/۹	باربیتورات‌ها
۲۶/۹	۷۳/۱	سموم کشاورزی
۱۴/۱	۸۵/۹	اپیوئیدها
۳۳	۷۷	داروهای نامشخص
۲۳/۶	۷۶/۴	مجموع

بر اساس آزمون‌های کای اسکوار (chi-square tests)، بین سابقه مصرف مواد مخدر یا محرک و نوع داروی مصرفی ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد ( $p\text{-value} = 000$ ) (جدول ۱۹).

جدول ۱۹: رابطه بین سابقه مصرف مواد مخدر یا محرک و نوع داروی مصرفی

سابقه مصرف مواد مخدر یا محرک و نوع داروی مصرفی		
بله	خیر	
درصد در نوع دارو	درصد در نوع دارو	نوع داروی مصرفی
۳۷/۷	۶۲/۳	سایکوتروپیک
۱۴/۶	۸۵/۴	مسکن‌ها
۳۷/۴	۶۲/۶	بنزودیازپین‌ها
۱۳/۹	۸۶/۱	باربیتورات‌ها
۵۳/۸	۴۶/۲	سموم کشاورزی
۸۵/۹	۱۴/۱	اپیوئیدها
۲۴	۷۶	داروهای نامشخص
۴۰/۳	۵۹/۷	مجموع

## فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

## بحث

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد از میان ۷۶۶ نفر بیمار مسموم بستری شده در بیمارستان بوعلی قزوین در سال ۱۳۹۰، زنان با ۵۲/۳ درصد نسبت به مردان با ۴۷/۷ درصد مراجعین، تعداد بیشتری را به خود اختصاص داده‌اند (نسبت ۱/۱ به ۱). غالب مسمومین (۹۵/۲ درصد) با هدف اقدام به خودکشی دست به این کار زدند. در مطالعه‌ای مشابه که در ایالت ویرجینیای آمریکا در فاصله سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۶ صورت گرفت، زنان با ۶۴/۴ درصد تعداد بیشتری را به خود اختصاص دادند (۲). در بیمارستان لقمان حکیم تهران در سال ۱۳۸۳، ۵۱ درصد مسمومین را مردان به خود اختصاص داده بودند (۴). در شهرهای غرب استان مازندران مردان، ۵۳ درصد بیماران مسموم را تشکیل می‌دادند (۶). در مطالعه دیگری که در کشور آسیایی سری لانکا در سال ۲۰۰۲ صورت گرفت، ۵۷ درصد بیماران را مردان تشکیل می‌دادند (۱۱). در پژوهشی که در سال‌های ۱۹۹۹ و ۲۰۰۰ در بیمارستان جنرال نیگواردا در شهر میلان ایتالیا انجام شد، از تعداد ۲۰۱ بیمار با شرح حال مسمومیت، ۶۴ درصد زن بودند (۱۴). مطالعه‌ای جامع که در مورد خودکشی با مصرف دارو در ۱۶ کشور اروپایی انجام شد نشان می‌دهد میزان مسمومیت با داروها در اروپا در مردان و زنان تقریباً برابر است (مردان ۱/۶ در صدهزار، زنان ۱/۵ در صدهزار؛ نسبت مرد به زن: ۱:۱/۱) اما میزان مسمومیت با عامل‌های غیردارویی در مردان به مراتب بیشتر است (مردان ۰/۸ در صدهزار، زنان ۰/۲ در صدهزار؛ نسبت مرد به زن: ۱:۴). مطالعه‌ای که توسط کمیسیون اروپایی اتحاد بر ضد افسردگی EEAD انجام شده است نشان می‌دهد بیش از یک چهارم موارد خودکشی در زنان از طریق خودمسمومی با داروها بوده است، در حالی که در مردان خودمسمومی با داروها به قصد خودکشی کمتر از ۱۰ درصد موارد بوده است. چندین علت برای استفاده بیشتر زنان از داروها برای خودمسموم‌سازی ذکر شده است. تاون‌سند (۱۵) می‌گوید انگیزه ضعیف‌تر زنان برای مرگ ممکن است آنها را به آوردن دارویی ترغیب کند. لستر (۱۶) معتقد است ترجیح زنان به استفاده از داروها در خودمسموم‌سازی به خاطر این است که زیبایی فیزیکی‌شان بعد از مرگ تغییری نکند و همچنین مرگی بدون درد داشته باشند. شاپیرا (۱۷) تمایل فطری به خشونت را دلیل روی آوردن مردان به روشی غیر از خودمسموم‌سازی با داروها برمی‌شمارد. مولر-لیم کوهلر (۱۸) می‌گوید ارتباط بین تمایل بیشتر زنان به ابتلا به افسردگی ماژور و در دسترس بودن داروهای نسخه‌ای آرام‌بخش دلیل خودمسمومی دارویی بیشتر در زنان است. در نهایت با این که میزان اقدام به خودکشی مردان در ۱۶ کشور اروپایی تقریباً ۴ برابر زنان است، اما خودمسمومی با آوردن دارویی در دو جنس تقریباً برابر است که ثابت می‌کند زنان اروپایی خیلی بیشتر از مردان اروپایی درگیر مسمومیت با داروها می‌شوند (۱۹). میانگین سنی افراد مورد مطالعه ما ۲۹/۸ سال است. در پژوهشی که در بیمارستانی آموزشی در شهر ناتینگهام انگلستان انجام شد، میانگین سنی ۳۲ سال بود (۵). در مطالعه انجام شده در سری لانکا، میانگین سنی مسمومین ۲۵ سال بود (۱۱). در مطالعه بیمارستان نیگواردا ایتالیا، میانگین سنی ۴۰ سال ثبت شد (۱۴). در مطالعه‌ای



که در شهرهای تهران، مشهد، تبریز، اصفهان، شیراز و کرمانشاه در سال ۱۳۸۳ صورت گرفت، میانگین سنی ۲۵/۴ سال به دست آمد (۷). با توجه به مطالعات صورت گرفته می‌توان این طور نتیجه گرفت که میانگین سنی اقدام به مسمومیت در کشورهای کم‌تر توسعه یافته پایین‌تر است. بنابراین میزان عمر از دست رفته به دلیل این معضل به مراتب بالاتر و خودکشی از علل مهم مرگ به علت سال‌های از دست رفته عمر در کشورهای در حال توسعه است. در مطالعه ما بیشترین تعداد مسمومیت (۷۷/۳ درصد) در نیمه ابتدایی سال رخ داده است. مسمومین مراجعه کننده در نیمه دوم سال فقط ۲۲/۷ درصد را به خود اختصاص داده‌اند. مطالعه‌ای که در مورد خودکشی در کشور سوئیس انجام شد نشان داد که اقدام به خودکشی در فصل بهار و تابستان به اوج خود می‌رسد. آنها معتقدند نقش احتمالی سطح بیشتر فعالیت‌های اجتماعی در بهار و تابستان شاید علت این امر باشد (۲۰). از نظر توزیع جغرافیایی، اغلب مسمومین (۷۶/۹ درصد) شهر نشین بوده‌اند که شاید این امر موید وجود معضلات بیشتر اجتماعی و روان‌شناختی در سطح شهرها باشد. از بین ۷۶۶ مورد بستری، متاهلین با ۵۲/۲ درصد نسبت به غیرمتاهلین درصد بیشتری را به خود اختصاص داده‌اند. طبق اظهارات بیماران یا همراهان آنها، ۴۰/۳ درصد افراد سابقه سوءمصرف مواد مخدر یا محرک داشتند. بر طبق آمار در سال ۱۹۹۹ ایران در رتبه اول از نظر سوءمصرف مواد قرار داشته است (۴) که به نظر می‌رسد اقدامات کشوری برای کنترل سوءمصرف مواد مخدر ناکافی بوده و مداخلات فوری برای حمایت از بیماران و گروه‌های پرخطر لازم باشد. ۲۲/۶ درصد بیماران دارای سابقه‌ای از ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی شناخته شده بودند. همچنین ۱۵/۴ درصد بیماران بستری شده ابتلا به گونه‌ای از بیماری‌های جسمی را گزارش کرده‌اند. از نظر نوع داروی مصرفی بیماران مسموم بستری شده در اورژانس، در میان مواردی که نوع دارو یا سم مشخص بود، بنزودیازپین‌ها با تعداد ۱۸۲ بیمار (۲۳/۸ درصد) بیشترین میزان و الکل با تعداد ۲ بیمار (۰/۳ درصد) کمترین میزان مراجعه را به خود اختصاص دادند. داروهای سایکوتروپیک با تعداد ۷۷ نفر (۱۰/۱ درصد) که از میان این گروه دارویی TCA با ۳۰ مورد (۳/۹ درصد) بیشترین تعداد را به خود اختصاص داده بود، مسکن‌ها با تعداد ۸۹ نفر (۱۱/۶ درصد) که از میان این گروه دارویی استامینوفن با ۶۱ مورد (۸ درصد) بیشترین تعداد را به خود اختصاص داده بود، باربیتورات‌ها با تعداد ۳۶ نفر (۴/۷ درصد)، شوینده‌های خانگی با تعداد ۶ نفر (۰/۸ درصد)، سموم کشاورزی با تعداد ۲۶ نفر (۳/۴ درصد)، آنتی‌هیستامین‌ها با تعداد ۳ نفر (۰/۴ درصد)، اپیوئیدها با تعداد ۱۴۹ نفر (۱۹/۵ درصد) و داروهای نامشخص با تعداد ۱۹۶ نفر (۲۵/۶ درصد) را به خود اختصاص دادند. مطالعات انجام شده در مرکز مسمومیت بیمارستان لقمان حکیم تهران نشان می‌دهد مهم‌ترین عامل مسمومیت حاد داروها بوده‌اند (۶۹/۱۳ درصد). بنزودیازپین‌ها و اپیوئیدها (۱۲/۳۴ درصد) و ارگانوفسفرها (۶/۲۱ درصد) متداول‌ترین علت مسمومیت در سال ۲۰۰۳ در تهران بوده‌اند (۱۰). در مطالعه انجام شده در کشور ایتالیا، ۸۱/۶ بیماران از یک یا چند داروی سایکواکتیو استفاده کرده بودند که بیشترین آنها بنزودیازپین‌ها (۵۸/۷ درصد)،

نورولپتیک‌های کلاسیک (۱۶/۹ درصد) و داروهای ضدافسردگی نسل جدید (۱۲/۹ درصد) بودند (۱۴). در ایالت ویرجینیای آمریکا، عامل‌های سایکوتروپیک (۳۹/۶ درصد) و مسکن‌ها (۲۷ درصد) پیش‌تاز بودند (۲). در مناطق روستایی سری‌لانکا، شایع‌ترین سم مورد استفاده آفت‌کش‌های ارگانوفسفره (۴۹ درصد) بودند (۱۱). در منطقه غرب استان مازندران، داروها (۴۱/۵ درصد)، ارگانوفسفره‌ها (۳۱/۵ درصد)، مواد شیمیایی (۱۵/۹ درصد) و تریاک (۷ درصد) را به خود اختصاص داده بودند (۶). در مطالعه‌ای که با توزیع متناسب جمعیت در شهرهای تهران، مشهد، تبریز، اصفهان، شیراز و کرمانشاه انجام شد، ۸۰ درصد بیماران از نوعی دارو برای اقدام به مسمومیت استفاده کرده بودند (۷). در پژوهشی که به طور همزمان در ۱۶ کشور اروپایی در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵ انجام گرفت، مشخص شد در هر صدهزار نفر، ۴/۱ مورد خودمسمومی اتفاق افتاده است که ۳/۱ نفر از آنها با استفاده از نوعی دارو انجام شده است (۱۹). در مجموع می‌توان این گونه نتیجه گرفت که بیشترین موارد مسمومیت در سطح جهان با مصرف داروها اتفاق افتاده است اما الگوی آن در مناطق شهری و روستایی متفاوت است. در مناطق روستایی استفاده از سموم کشاورزی بسیار شایع است و درصد استفاده از این گونه مواد غالباً بیشتر از یا برابر با داروها است؛ اما در مناطق شهری اکثریت مطلق مسمومیت‌ها با داروها صورت گرفته است. در مطالعه ما، ۸۳/۲ درصد بیماران با علائمی نظیر ضعف، تهوع، استفراغ و کاهش سطح هوشیاری یا خواب‌آلودگی به اورژانس مراجعه کردند. ۸ نفر (۱ درصد) بر اثر شدت عوارض حاصله فوت کرده‌اند و ۵۰/۹ درصد با بهبودی ترخیص شدند. در این مطالعه، میانگین مدت زمان مصرف دارو تا مراجعه به بیمارستان به طور متوسط ۲/۵ ساعت بوده است. این میانگین زمانی در مطالعه انجام شده در کشور ایتالیا، ۴/۸ ساعت بوده است (۱۴). در پژوهش انجام شده در شهر ناتینگهام انگلستان، بیش از ۷۰ درصد مسمومین در طی ۴ ساعت اولیه به بیمارستان مراجعه کرده بودند که این امر نشان می‌دهد اقدام به خودمسمومی آنها یا "فریادی برای کمک‌خواهی" بوده است و نیت واقعی آنها خودکشی نبوده و یا بیماران به سرعت از تصمیم خود مبنی بر خودمسموم‌سازی پشیمان شده بودند (۵). مطالعه ما نشان داد بین سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سابقه ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی، سابقه مصرف مواد مخدر یا محرک و نوع ماده منجر به مسمومیت ارتباط‌های معنی‌داری وجود دارد.

## نتیجه گیری

مطالعه ما نشان می‌دهد غالب کسانی که با شرح حال مسمومیت به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده‌اند، دچار مسمومیت عمدی ناشی از اقدام به خودکشی بوده‌اند. نتایج پژوهشی که در سال ۱۳۸۱ در مجله علمی پزشکی قانونی در رابطه با بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی به چاپ رسیده است نیز نشان می‌دهد شایع‌ترین راه اقدام به خودکشی در کشور ما مصرف داروها و سموم هستند. این گروه با اختصاص ۱۳/۳۱ درصد جایگاه سوم را در علل فوت ناشی از خودکشی، بعد از حلق‌آویزی و خودسوزی به خود اختصاص می‌دهند (۲۱). این امر، لزوم توجه جدی و بیشتر به مقوله خودکشی در جامعه کنونی ایران و ریشه‌یابی و علت‌شناسی این معضل بزرگ اجتماعی را نشان می‌دهد. متأسفانه آمار جهانی مربوط به ایران و آمار کشوری نیز نشان می‌دهد که اگرچه ایران در مقایسه با بسیاری کشورهای غربی از رشد خودکشی پایین‌تری برخوردار است اما رشد آن واقعاً نگران‌کننده است؛ به نحوی که میزان مرگ و میر رسمی ناشی از خودکشی کشور از ۱۱۱ مورد در سال ۱۹۹۱ میلادی (۰/۲ در صدهزار) به ۳۹۶۷ مورد در سال ۲۰۰۳ میلادی (۶/۲ در صدهزار) رسیده است. شاید تعصب بی‌مورد در عدم اعلام واقعی میزان خودکشی در کشور در سال ۱۹۹۱ میلادی اکنون سبب شده باشد که چنین به نظر برسد که میزان خودکشی در ایران در طی ۱۲ سال ۳۰ برابر افزایش یافته است (۴). مشکلات اقتصادی، تفاوت‌های فرهنگی، سوءمصرف مواد، مشکلات خانوادگی، عدم وجود امنیت روانی، بیکاری خصوصاً در نسل جوان، اختلاف طبقاتی و بسیاری از عامل‌های دیگر اجتماعی می‌تواند به عنوان ریسک فاکتورهای اقدام به خودکشی محسوب شوند. در این میان خودمسموم‌سازی به عنوان یکی از روش‌های متداول اقدام به خودکشی حائز اهمیت است. در مطالعه ما، غالب موارد خودمسموم‌سازی از طریق مصرف داروها، مخدرها و آرام‌بخش‌ها صورت گرفته است. دسترسی آسان به این گونه مواد در کشور ما جای پرسش‌های فراوان باقی می‌گذارد. در حالی که بسیاری از داروهای آرام‌بخش بایستی صرفاً توسط تجویز پزشک در اختیار بیماران قرار گیرد، مشاهده می‌کنیم مقادیر فراوان دارو در اختیار عموم افراد خاصه نوجوانان و جوانان قرار می‌گیرد که چگونگی در دسترس قرار گرفتن این نوع داروها باید مورد بازبینی و نظارت دقیق قرار گیرد. به نظر می‌رسد بر روی نحوه توزیع داروها در سطح مراکز درمانی و داروخانه‌ها نظارت کاملی وجود ندارد. همچنین بسیاری از داروخانه‌ها با هدف کسب سود بیشتر، اقدام به تحویل داروها بدون نسخه پزشک به متقاضیان می‌کنند. علاوه بر این‌ها، وجود بازار آزاد در توزیع دارو و فروش داروها توسط افراد غیرمتخصص و البته غیرمتعهد به صورت بازار سیاه، این امکان را فراهم آورده تا افراد به آسانی به هر گونه دارو دسترسی یابند. همچنین، فرهنگ‌سازی عمومی در مورد ضرر و زیان مصرف خودسرانه داروها در جامعه ایران انجام نشده یا بسیار سطحی انجام شده است. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، کشور ایران به لحاظ مصرف دارو، در میان ۲۰

کشور نخست دنیا قرار داشته و در آسیا بعد از چین مقام دوم را دارد (۲۲). از آن جا که غالب مسمومیت‌ها به علت استفاده از نوعی دارو رخ داده است، لزوم فرهنگ‌سازی در مورد مصرف داروها بیش از پیش عیان می‌شود. طبق نتایج به دست آمده در مطالعه ما و برخی مطالعات خارجی، اکثر کسانی که به طریق مسمومیت اقدام به خودکشی کرده‌اند، در ساعات اولیه پس از اقدام به بیمارستان مراجعه نمودند. این نشان می‌دهد خیلی از این بیماران به قصد واقعی از بین بردن خود دست به این کار نزده‌اند بلکه به دنبال اهدافی مثل جلب توجه، فریاد کمک‌خواهی، تحت تاثیر قرار دادن نزدیکان و اعتراض به مشکلات اجتماعی بوده‌اند. باید توجه داشت که رفتارهای تکانه‌ای مانند اقدام به خودکشی تنها همیشه معطوف به خود شخص نمی‌شود و گاه با تغییر جهت به سمت دیگران زمینه‌ساز آسیب‌های اجتماعی گسترده‌تری می‌گردد.

## پیشنهادهات

به دست آوردن اطلاعات جامع توزیع اپیدمیولوژیک مواد شیمیایی و دارویی موثر در مسمومیت و بررسی عوامل دخیل در نتیجه درمان و بهبودی یا مرگ بیماران می‌تواند با ارائه راهکارهای مناسب پیشگیری و درمان، موجب کاهش در صدمه‌های ناشی از مسمومیت شود. استقرار سیستم حمایت اجتماعی با امکانات و قدرت کافی، توجه جدی‌تر به موضوع سلامت روان، تجهیز مراکز درمانی تخصصی مسمومیت به امکانات درمانی و نیروی انسانی متخصص (روان‌پزشک، روان‌شناس، متخصص سم شناسی) و پژوهش‌های فراگیر در موضوع مسمومیت و خودکشی به عنوان راه‌حل‌های مفید پیشنهاد می‌شود.

## منابع

1. Ernest Hodgson  
A Textbook of Modern Toxicology, 2004  
Third Edition, ISBN 0-471-26508, pages 3-12
2. Marc E. Leslie, Christina Sloan  
Poison-Related Attempted and Completed Suicides in Virginia: 2003-2006  
LABMEDICINE, Volume 39, Number 5, September 2009
3. Zahra Z. Fazlollahi, Mojtaba Maleki  
Epidemiologic study of pediatric poisoning in Imam Khomeini hospital, Urimia, Iran  
Scientific journal of forensic medicine, Volume 15, Number 3, fall 2009, pages 171-175 [Article in Persian]
4. Hossein H. Moghadam, Abdolkarim Pajoumand, Saeedeh Sarjamei  
A 1 year assessment of poison-related hospitalization in Loghman-Hakim hospital, Tehran, Iran (2004-2005)  
Scientific journal of forensic medicine, Volume 13, Number 4, winter 2007, pages 235-240 [Article in Persian]
5. Katherine Prescott, Richard Stratton, Anette Freyer, Ian Hall, Ivan Le Jeune  
Detailed analyses of self-poisoning episodes presenting to a large regional teaching hospital in the UK  
British Journal of Clinical Pharmacology, Volume 68, Number 2, August 2009
6. Ali A. Moghaddam nia  
Poison-related suicides in the west regions of Mazandaran Province, Iran (1994-1997)  
Scientific-Research journal, Mazandaran University of medicine, 9<sup>th</sup> year, Number 22 & 23, Spring & Summer, 1999 [Article in Persian]
7. Ali Azin, Ali Sh. Mahani, Sepideh Omidvari, Ali Montazeri, Mahdi Ebadi  
Suicide aspects of admissions of poison-related sections  
Payesh Magazine, 7<sup>th</sup> year, Number 2, Spring 2008, pages 97-106 [Article in Persian]
8. Navid Mohammadi, Mojgan K. Davari, Abdolkarim Pajoumand  
Epidemiologic study of self-poisoning among the youth in Tehran, Iran  
School of Medicine of Tehran University, Medical Sciences Journal, Volume 65, Number 4, July 2007 [Article in Persian]
9. J. H. J. BANCROFT, A. M. SKRIMSHIRE, F. REYNOLDS, S. SIMKIN, AND J. SMITH  
Self-poisoning and self-injury in the Oxford area, Epidemiological aspects 1969-73  
Brit. J. prev. soc. Med. (1975), 29, 170-177
10. Abdolkarim Pajoumand, Haleh Talaie, Arezou Mahdavinejad, Shirin Birang, Mahboubeh Zarei, Fatemeh Fereshteh Mehregan, Babak Mostafazadeh  
Suicide epidemiology and characteristics among young Iranians at poison ward, Loghman-Hakim Hospital (1997-2007)  
Archives of Iranian Medicine, Volume 15, Number 4, April 2010

11. Michael Eddleston, David Gunnell, Ayanthi Karunaratne, Dhammika de Silva, MH Rezvi Sheriff, and Nick A Buckley  
Epidemiology of Intentional Self-Poisoning in rural Sri Lanka  
Br J Psychiatry. 2005 December ; 187: 583–584
12. Esmail Farzaneh, Sadegh Ahari, Saeed Ghorbanzadeh  
Inspection of acute poisoning agents leading to hospitalization in Imam Khomeini hospital, Ardebil, Iran (2005-2008)  
School of Medicine of Ardebil University, Medical Sciences Journal, Volume 7, Number 5, October 2009 [Article in Persian]
13. Zahra Tazakori, Farzaneh Farshbaf, Maasoumeh Kheyrkhah, Maryam Zare, Asieh Movahedpour Maryam Namadi, Fariba Alizadeh, Adlieh Kheyrkhah  
Inspection of poisoning in Bou-Ali hospital admissions in Ardebil, Iran (2003)  
Health and Care Journal, Volume 12, Number 1, Spring 2005
14. Massimo Carlo Mauri, Giancarlo Cerveri, Lucia Sara Volonteri, Alessio Fiorentini, Alessandro Colasanti, Sergio Manfr , Rossana Borghini and Emma Pannacciulli  
Parasuicide and drug self-poisoning: analysis of the epidemiological and clinical variables of the patients admitted to the Poisoning Treatment Centre (CAV), Niguarda General Hospital, Milan  
Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2005, 1:5
15. Townsend E, Hawton K, Harriss L, Bale E, Bond A  
Substances used in deliberate self-poisoning 1985-1997: trends and associations with age, gender, repetition and suicide intent  
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001, 36(5):228-234
16. Lester D  
Why do people choose particular methods for suicide.  
Act Nerv Super 1988, 30:312-314
17. Schapira K, Linsley KR, Linsley A, Kelly TP, Kay DW  
Relationship of suicide rates to social factors and availability of lethal methods: comparison of suicide in Newcastle upon Tyne 1961-1965 and 1985-1994  
Br J Psychiatry 2001, 178:458-464
18. Moller-Leimkuhler AM  
The gender gap in suicide and premature death or why are men so vulnerable?  
Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2003, 253(1):1-8
19. Airi V rnik, Merike Sisask, Peeter V rnik, Jing Wu, Kairi K lves, Ella Arensman, Margareth Maxwell, Thomas Reisch, Ricardo Gusm o, Chantal van Audenhove, Gert Scheerder, Christina M van der Feltz-Cornelis, Claire Coffey, Maria Kopp, Andras Szekely, Saska Roskar, Ulrich Hegerl  
Drug suicide: a sex-equal cause of death in 16 European countries  
V rnik et al. BMC Public Health 2011, 11:61
20. Ajdacic-Gross V, Wang J, Bopp M, Eich D, Rossler W, Gutzwiller F.  
Are seasonalities in suicide dependent on suicide methods? A reappraisal.  
Soc Sci Med. 2003; **57**: 1173 – 1181
21. Saadollah Moradi, Ali Khademi  
Inspection of completed suicides in Iran And comparing with universal rates  
Scientific journal of forensic medicine, 8<sup>th</sup> year, Number 27, fall 2002, pages 16-21 [Article in Persian]



22. Mosleh A, Darbui SH, Khoshnevis Ansari SH & Mohammadi M.  
Condition of drug prescriptions according to WHO indexes in health centers without drugstore.  
School of Medicine of Tehran University, Medical Sciences Journal 2007; 65(2): 12-5[Article in Persian]
  
23. D. R. Camidge, R. J. Wood, D. N. Bateman  
The epidemiology of self-poisoning in the UK  
2003 Blackwell Publishing Ltd Br J Clin Pharmacol, 56, 613–619
  
24. Mc Loone P, Crombie IK  
Hospitalization for deliberate self-poisoning in Scotland from 1981 to 1993: trends in rates and types of drugs used  
Br J Psychiatry 1996, 169(1):81-5
  
25. Bialas C, Reid PG, Beck P, *et al.*  
Changing patterns of self-poisoning in a UK health district  
QJM 1996, 89(12):839-901
  
26. Alsen M, Ekedahl A, Lowenhielm P, *et al.*  
Medicine self-poisoning and the sources of the drugs in Lund, Sweden  
Acta Psychiatr Scand 1994, 89(4):255-61
  
27. Michel K, Waeber V, Valach L, Arestegui G, Spuhler T  
A comparison of the drugs taken in fatal and nonfatal self-poisoning  
Acta Psychiatr Scand 1994, 90(3):184-9
  
28. Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE, O'Carroll PW  
Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence  
Am J Psychiatry 1992, 149:41-4

پیوست :

چک لیست استفاده شده در جمع آوری اطلاعات :

شماره پرونده :

سن :

جنسیت :

وضعیت تاهل :

فصل وقوع مسمومیت :

سابقه ابتلا به بیماری‌های روان پزشکی :

مدت بستری در بیمارستان :

محل سکونت :

مدت زمان مسمومیت تا مراجعه به اورژانس :

عمدی یا غیر عمدی بودن مسمومیت :

وضعیت ترخیص :

سابقه سوء مصرف مواد مخدر یا محرک :

سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمی :

## Abstract

**Background:** poisoning is an important matter in public health and an effective cause of hospitalization and death around the world. Intentional self-poisoning (mostly suicide) is a critical public health problem. In accordance with high rates of poisoning, we decided to have an epidemiologic study on patients who were admitted because of poisoning in Boo-Ali hospital, Ghazvin, Iran during a 1-year period from March, 21 2011 to March 21, 2012.

**Methods:** A total of 766 poison-related hospitalized cases were investigated. Required information about patients such as: Age, gender, poisoning types and agents, season, geography, hospital discharge were gathered by check lists. Information were analyzed by SPSS software and results were published in descriptive- analytical tables.

**Results:** Out of 766 patients, poisoning among males and females was similar (47.7% in comparison with 52/3%). Most cases (95.2%) had attempted suicide. The median age of patients was 29.8 years. 77.3% of poisonings had occurred in the first two seasons of the year. 76.9% of patients were living in urban areas. No significant difference was found in marital status. The most popular agents of poisoning were benzodiazepines (23.8%) and opioids (19.5%). 1% of patients died of poisoning. There were significant relationships among age, gender and marital status with poisoning agents.

**Conclusions:** It is our hope that the information found in this study will be used not only in suicide prevention planning, but also by health care providers as they make decisions about treatment plans and medication monitoring. It is vital to psychologically and psychiatrically investigate the patients who have attempted self-poisoning. Improving mental and public health is an obligation.

**Keywords:** poisoning, suicide, epidemiology